,	特定医療	퇈(指	定對	推病)	療養	費記	正明書	<u> </u>	* 1	か月、	ごとし	に作成し	してく	ださ	い。	
受	受給者番	号					E	· 名								
給	生年月日	明·	大・日	沼•□	艺	年		月	日	性	別	<u> </u>	男・	女		
者	保険の種類	類:				É	自己負担	割合	:		害!	J				
3		(明細)	(年	,	月分)	:	* 医療	機関	が記	入				
	区 分		実日数	診	療 日	* (費対象 <i>)</i>)内は該当 数を記載の	4月の総	*高額療		給付制	名 度適用で限度 限度額を記載		前老	(欄
入	院医療費		日		日から 日まで	(点 点)	高額現物	給付制度	適用(る	下、あり・なし)				
外	来医療費		日		日から 日まで	(点 点)				F.				
	注事療養費 または E活療養費		日		日から 日まで	(基注	準額)	円				μ,	負担)	医療療の対象 の対象 対象者を	外(経過措
証明	旨定難病(月します。 平成 医療機関	病名: 年	J.	引 所在 名	日 E地 称)	に係る	6療養	につり	いて、	上記	のとお			22	とを
				代表	者名								(即		
	<u>秦 局 分</u>			(年		月分)	I	薬局な				/++-	-l-v	[88]	
	区 分	夫 調 月	削日数	診	療 日	_	費対象	点数	思	者負	担額		備	考	欄	
	外処方に る薬局分		日		日から日まで	(T)		点				円				
	旨定難病(? 月します。 平成	病名: 年	F	1	_)	に係る	5療養	につい	いて、	上記	しのとお	り領収	又した	22	とを
事	平 <u>成</u> 饏 局	+	<i>)</i> -	, 所在 名	地											
				代表	者名								(印		
Ē	訪問看護ス	テーシ	ョンケ	} (明]細) (年	月	分);	* 訪問	引 看護		ショ	ンが	記入	
-	区 分	実訪	問日数	訪		_	準	額	患	者負	担額		備	考	欄	
	方問看護療 養費		日		日から 日まで			円				円				
証明	旨定難病(月します。 平成 方問看護ス	年		所在 名	称)	に係る	·療養	につい	いて、	上記	のとお				とを
				1人本	者名								(印		

記入見本

様式第2号(その1) (医療保険適用分)

	特定医療(指定難病)療養費証明書 *1か月ごとに作成してください。										
受	受給者番号	2 0 0 0	0 0 1	氏 名	滋	賀び	わ子				
給	生年月日	明・大・昭・平	26年 6	月 26	日性別	男	・女				
者		保険の種類:	国保	自己	己負担割合	: 3割					

1か月ごとに1枚ずつ作成し てください。

医療	機関分	(明細) (平成27年	1月分) *医	医療機関が記入	
区	分	診療実日数	診療 日	公費対象点数 *()内は該当月の総 点数を記載のこと)	患者負担額 *高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は負担限度額を記載	備考欄
入院	医療費	20 日	1日から 20日まで	12500点 (14500 点)	43,500円 高額現物給付制度適用(あり・なし)	
外来[医療費	3 日	21日から 31日まで	2 1 4 5 点 (2145 点)	6,440円	
ま	療養費 たは 療養費	15日	6日から 20日まで	(基準額) 37050円	11,700円	※ 1
指定	・	タ・パーセン	ハハッ库)に依る眩萎にん	いて 上記のしむり領巾1	たっした

診療日は、受給者証の有効期間 開始日以降から記載してくだ さい。

高額療養費支給対象の場合の 公費負担額計算のため、() 内には該当月の総点数を記載 してください。

患者負担額欄は、当該月の総点 数に見合う支払い額を記載し てください。

指定難病(病名:パーキンソン病

)に係る療養について、上記のとおり領収したことを

証明します。

医療機関

平成27年 2月 14日

> 滋賀県大津市京町〇丁目〇番〇号 所在地

名 称

△△△診療所

代表者名

(II) 院長 △村 △子

※1食事療養費および生活療 養費は、患者さんの負担になり ます。(経過措置の対象者を除 **(**)

薬局分 (明細) (年		月	分) *薬局	が記入		
	区	分	実調剤日数	診	療	目	公費対象点数	患者負担額	備考欄
	院外処 よる薬		日			から まで	点	円	
	指定	難病(症	· 名:)に係る療養につ	いて、上記のとおり領収	したことを

院外処方により薬局が領収し た場合は、その薬局が記入して ください。

公費対象点数と自己負担割合

から患者負担額が計算できる

ように記載してください。

証明します。 年

月 日

薬局

所在地 名 称

代表者名

(EI)

訪問看護ステーション分				細)	(年	Ē.	月分))*訪問看護ステー	・ション	が記	己入
区	分	実訪問日数	訪	問	田	基	準	額	患者負担額	備	考	欄
訪問看護 療養費		日			からまで			円	円			

指定難病(病名:

)に係る療養について、上記のとおり領収したことを

証明します。

月

訪問看護ステーション 所在地

名 称

代表者名

(EI)

必ず、特定医療費の対象医療分のみを記載してください。<u>対象となった病名</u>も必ずご記入ください。 患者負担額は、実際に領収した金額を記入してください。

(10円未満を四捨五入した場合は、四捨五入した金額を記載してください。)

公費対象点数と自己負担割合から患者負担額が計算できない場合は、必ずその理由を備考欄に記載してください。